

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

39

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice DELOR

Né le 15 Février 1915, à Aurillac (Cantal)

-3 MARS 1944

Présentée et soutenue publiquement le.....19..

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'INTERPOSITION VÉSICO-VAGINALE
DE L'UTÉRUS
DANS LES PROLAPSUS GÉNITAUX

Président : M. PETIT-DUTAILLIS, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1944

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **DELOR.**

Prénom : **Maurice.**

Date de Soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

DELOR (Maurice). — Contribution à l'étude de l'interposition vésico-vaginale de l'utérus dans les prolapsus génitaux. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 66 p., 2 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°.....).

DELOR (Maurice). — Contribution à l'étude de l'interposition vésico-vaginale de l'utérus dans les prolapsus génitaux. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 66 p., 2 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°.....).

DELOR (Maurice). — Contribution à l'étude de l'interposition vésico-vaginale de l'utérus dans les prolapsus génitaux. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 66 p., 2 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°.....).

DELOR (Maurice). — Contribution à l'étude de l'interposition vésico-vaginale de l'utérus dans les prolapsus génitaux. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 66 p., 2 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°.....).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Maurice DELOR

Né le 15 Février 1915, à Aurillac (Cantal).

Présentée et soutenue publiquement le.....19.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'INTERPOSITION VÉSICO-VAGINALE

DE L'UTÉRUS

DANS LES PROLAPSUS GÉNITAUX

Président : M. PETIT-DUTAILLIS, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, rue Deparcieux, 29

1944



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	N...
Médecine légale	DUVOIR
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRE.
Hygiène et clinique de la première enfance....	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CADENAT.
Clinique des maladies infectieuses	BROCQ.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	MONDOR.
Clinique ophthalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	N...
Clinique d'accouchement	N...
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GENNES	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etien.)	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
BESANÇON Justin.	Hydrologie.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BONNET	Bactériologie.	LAVIER	Parasitologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BULLIARD	Histologie.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CACHERA	Pathologie médicale.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CORDIER	Anatomie.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DEGREZ (H.).	Physique.	RENARD	Ophthalmologie.
DESOILLE	Médecine légale.	RICHET	Physiologie.
DIGONNET	Obstétrique.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.	SOULIE	Pathologie médicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
GARCIN	Pathologie médicale.		
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
CHAILLEY-BERT .	Physiologie.	LE LORIER	Obstétrique.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE .	Parasitologie.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
		VAUDESCAL	Obstétrique.

**IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE**

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULE		GATELLIER	
CHEVALLIER ..		DE GAUDART ..	
LAROCHE Guy ..		D'ALLAINES ..	
MOREAU		MOULONGUET ..	
SEZARY		MOURE	

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

*A qui je dois tout. Qu'elle trouve ici le
témoignage de ma profonde affection et de
ma reconnaissance.*

A MA FEMME

A MA FILLE

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MA FAMILLE — A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR
PETIT-DUTAILLIS

Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE NOUENE
Chirurgien-chef des Hôpitaux du Havre

*A qui nous sommes redevables de cette
thèse, et dont le savoir et la bonté ont tou-
jours été pour nous, en même temps qu'un
exemple, un encouragement dans le travail.*

In Memoriam.

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE RENNES

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARQUIS
Directeur de l'Ecole de Médecine de Rennes

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARDOUIN
Professeur de Clinique Chirurgicale

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DAMANY
Professeur de Clinique Médicale

*Dont j'ai été l'externe et à qui je voue une
grande reconnaissance pour l'incomparable
enseignement clinique qu'il savait nous in-
culquer.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DU HAVRE

INTRODUCTION

La « Chute de Matrice » est une affection banale, surtout chez les vieilles femmes de nos campagnes.

Cliniquement, elle se présente sous des aspects divers, depuis la simple colpocèle antérieure jusqu'au prolapsus total des organes pelviens.

Au point de vue didactique, on peut diviser les prolapsus génitaux en trois groupes :

1^{er} groupe : Descente de la paroi antérieure, avec cystocèle plus ou moins prononcée, de la paroi postérieure en général peu importante, légère descente de l'utérus en général en rétroflexion.

2^e groupe : Descente importante souvent complète de la paroi antérieure avec cystocèle, de la paroi postérieure importante, mais d'habitude pas complète et de l'utérus dont l'axe se trouve dans celui du vagin et dont le col est hypertrophié.

3^e groupe : C'est la forme que nous rencontrons d'habitude chez les personnes âgées : inversion complète ou à peu près des parois vaginales, prolapsus de

l'utérus complet avec sortie à la vulve ou même pendant entre les cuisses, comme dans les photographies jointes à ce travail.

Il est évident qu'entre ces trois groupes, il y a des transitions que l'on réussit le plus souvent à faire rentrer dans cette classification. On trouve aussi des cas particuliers, des « curiosités » telles que la hernie du cul-de-sac postérieur.

Ces variétés de formes jointes à l'âge des malades, à leur stade d'activité génitale et sexuelle, à leur résistance, ont donné naissance à un grand nombre d'interventions pour essayer de remédier à cette infirmité.

Le fait qu'aucun de ces procédés n'est vraiment idéal est peut être également une des causes de leur multiplicité.

Les uns n'ont qu'un intérêt historique, l'expérience ayant montré leur inefficacité : c'est le cas de l'hystérectomie et de l'hystéropexie employées comme moyen unique de traitement.

En effet, si l'hystérectomie a l'avantage de débarrasser la malade de l'utérus prolabé, elle laisse persister le prolapsus de la muqueuse antérieure du vagin avec la vessie et celui de la muqueuse postérieure du vagin avec le rectum.

D'autre part, si l'hystéropexie a la prétention de

maintenir l'utérus fixé à la paroi abdominale, la plupart des chirurgiens sont d'accord pour reconnaître que cette fixation n'est que momentanée; l'utérus, qui n'est pas soutenu par en bas, continue à descendre, en général parce qu'il s'allonge, rarement parce qu'il étire l'adhérence qui le fixe à la paroi abdominale.

Il reste néanmoins quatre méthodes classiques :

1° La triple opération dite opération française : colpo-périnéorrhaphie, colporraphie antérieure, hystéropexie (avec amputation du col et curettage accessoirement).

2° La colpectomie.

3° Le cloisonnement élargi du vagin.

4° L'interposition vésico-vaginale de l'utérus ou opération de Watkins-Wertheim-Schauta, jointe à la colpopérinéorrhaphie.

Dans cet exposé, nous n'allons pas entreprendre la discussion de ces différentes opérations, nous voudrions simplement faire ressortir les avantages et les excellents résultats de la méthode de Schauta, dans les cas de prolapsus marqué chez des femmes ménopausées.

Nous en décrirons la technique et nous étayerons notre travail de quelques observations.

Nous croyons cette opération peu employée en France, parce que justement peu connue et aussi

selon les paroles mêmes du Docteur Le Nouène, Chirurgien-Chef des Hôpitaux du Havre, à qui nous sommes redevables de cette thèse : « parce qu'elle est d'une description compliquée, alors qu'elle est d'une réalisation facile ».

Voici notre plan :

Chapitre premier : Légitimité de l'opération de Watkins-Wertheim-Schauta.

Chapitre 2 : Historique.

Chapitre 3 : Indications et conditions.

Chapitre 4 : Technique.

Chapitre 5 : Quelques observations et résultats.

Chapitre 6 : Avantages.

Conclusions.

LEGITIMITE DE L'OPERATION DE WATKINS-WERTHEIM-SHAUTA

La légitimité du procédé de Schauta doublée de la colpopérinéorraphie postérieure, se déduit de la pathogénie des prolapsus génitaux.

Le prolapsus génital est une maladie d'ordre mécanique, mais aussi d'ordre trophique.

Normalement, l'utérus se trouve en antéversion, fixé par des moyens de suspension, qui sont les ligaments ronds, les ligaments larges, les ligaments utéro-sacrés et le ligament de Douglas, mais aussi et surtout par des moyens de soutien, qui ne sont autres que le périnée.

Les moyens de suspension sont négligeables comme le prouve l'ouverture large du vagin par des valves, ce qui supprime le soutien vagino-périnéal, alors l'utérus s'abaisse facilement sous traction d'une pince.

Il n'en est pas de même du soutien périnéal, véritable plancher faisant opposition à la pression abdominale transmise du haut en bas :

A l'état normal, le vagin n'est qu'une cavité vir-

tuelle, il s'établit un contact total entre ses parois antérieures et postérieures.

Une disposition favorise cet accollement : à savoir l'inclinaison de la paroi vaginale postérieure qui se relève, en un plan oblique, de bas en haut et d'arrière en avant, vers la fourchette.

Etant donné cette condition d'obturation vaginale, quand la pression abdominale s'exerce sur l'utérus en antéflexion, elle n'a d'autre effet que de pousser la paroi antérieure du vagin contre la paroi postérieure qui est soutenue par les anses du releveur de l'anوس et par le plancher périnéal.

Supposons qu'à la suite d'un accouchement les lésions suivantes se soient produites : déchirure de la fourchette ou rupture sous-muqueuse du corps périnéal; agrandissement de la fente vulvo-vaginale.

Dans ces conditions, sous la pression abdominale, la paroi antérieure du vagin, tendue comme « un voile sans soutien », selon l'expression de Bouilly, « porte à faux », puisque, au lieu de l'éperon relevé que constitue la fourchette, l'éculement du périnée a créé une pente en bas et en arrière et puisqu'elle ne trouve plus de contre-appui solide dans la paroi postérieure, la paroi recto-vaginale étant réduite à une mince lame bi-muqueuse : aussi cette paroi antérieure étant privée de son soutien, glisse, descend et se déroule au dehors; il se fait une colpocèle antérieure,

cystocèle. La paroi postérieure s'ectropionne grâce à la béance anormale du vagin : d'où colpocèle postérieure, rectocèle.

Un autre facteur intervient pour diminuer ce soutien de la paroi vaginale-postérieure : ce sont les lésions du releveur de l'anus pendant l'accouchement.

Normalement, le vagin est inclus dans une sorte de boutonnière musculaire ouverte en avant : c'est l'orifice principal du plancher pelvien. Cette sangle a pour effet d'attirer en avant la paroi postérieure du vagin, de donner à la partie inférieure de cette paroi une direction oblique, de la relever en plan incliné vers la fourchette. Les déchirures obstétricales consécutives au passage forcé de la tête fœtale à travers cette fente musculaire, « hiatus genitalis d'Halban et Tendler », ont pour résultat d'agrandir ce point faible, cette lacune du plancher pelvien : la paroi postérieure n'est plus soutenue, ni attirée en avant par la sangle des faisceaux internes du releveur ; sa direction change et, d'oblique, tend à devenir verticale ; la vulve s'élargit et regarde en bas ; la paroi antérieure vaginale, non soutenue, glisse ; la postérieure la suit, grâce à la béance vulvaire.

Donc, en général, c'est le glissement, le déroulement en dehors des parois vaginales qui commencent : l'utérus ne s'abaisse que consécutivement.

Dans quelques cas cependant, la descente de l'uté-

rus est le fait initial : il y a un prolapsus utérin primitif devant la colpocèle vaginale.

Ces cas répondent à la pathogénie suivante : sous l'influence du relâchement des attaches ligamentaires et péritonéales de l'utérus, l'organe s'est porté en rétroversion ; à un moment, il est placé dans l'axe même du vagin, qui est pour l'utérus un véritable canal herniaire ; sous la pression abdominale et souvent à l'occasion d'un effort, il s'engage dans ce canal et descend de plus en plus en évaginant et en retournant peu à peu les parois vaginales.

Les phénomènes mécaniques se compliquent en général d'altérations nutritives des tissus. Il faut admettre une disposition individuelle particulière, une laxité congénitale des moyens de fixité de l'appareil génital, comparable à celle qui prédispose aux hernies. Il y a des périnéés mal conformés et atteints d'insuffisance musculaire. Mais c'est l'accouchement qui joue le rôle le plus direct dans la production de ces modifications trophiques. Pendant la grossesse, il se fait une hypertrophie et un ramollissement des moyens de fixité de l'utérus ; les parois de vagin s'allongent et s'élargissent. Arrive le travail de l'accouchement : il distend et tire tout le canal génital, force le releveur de l'anus. Après l'accouchement, l'utérus, ses ligaments et les parois vaginales doivent subir le processus, dit d'involution, qui rend aux organes leur volume pri-

mitif. Si cette involution est défectueuse, l'utérus demeure volumineux, alourdi, allongé et hypertrophié, surtout dans sa portion cervicale, au-dessus et au-dessous des insertions du vagin; les parois vaginales elles-mêmes restent trop amples, trop flasques; les ligaments utérins sont distendus et dans la profondeur, comme le dit Bouilly, le tissu cellulaire pelvien : « véritable ciment entre les parois vaginales, l'utérus et les parties voisines » est atrophié, sans cohésion.

Toutes ces conditions sont en général bien réunies chez les femmes de la campagne qui ont de nombreux enfants, souvent des accouchements mal surveillés et qui se lèvent tôt après l'accouchement, appelées par la nécessité des durs labeurs; ce qui explique la fréquence des « chutes de matrice » dans ce milieu social.

Il résulte de cette intéressante pathogénie que nous avons empruntée au professeur Forgue, que dans le prolapsus le principal coupable c'est le périnée, puis ensuite le vagin qui s'est élargi et enfin l'utérus qui, par suite de la disparition de son antéflexion normale tend à descendre dans le canal vaginal.

Donc, logiquement, l'opération idéale est celle qui reconstitue le périnée, rétrécit le vagin, détruit la correspondance des axes de l'utérus et du vagin.

Deux procédés répondent à ces nécessités. L'un par

voie haute : la triple opération, l'autre par voie basse : l'interposition vésico-vaginale, complétée par la colpopérinéorraphie postérieure.

En effet, dans l'opération de Watkins-Wertheim-Schauta, le périnée est reconstitué par la colpopérinéorraphie, le vagin rétréci par l'interposition de l'utérus basculé en antéversion entre la vessie et la paroi vaginale, et du même coup la correspondance des axes utéro-vaginaux détruite.

Mieux encore, on a une véritable hystéropexie sous-pubienne comparable à l'hystéropexie abdominale et de plus l'utérus vient constituer une pelote de soutien à la vessie.

Pour toutes ces raisons découlant de l'étiologie et du mécanisme de prolapsus génitaux, il faut bien admettre que l'interposition est une intervention sensée, nous dirons même élégante.

HISTORIQUE

L'intervention dont nous nous occupons a pour but d'utiliser l'organe prolapsé lui-même, pour en faire un appareil de soutien. L'utérus, au lieu d'être enlevé, est fixé dans le vagin pour empêcher les parois de celui-ci de descendre.

La première idée de cette thérapeutique chirurgicale revient à Freund. C'est lui qui, en 1896, songea à se servir de l'utérus pour obvier aux accidents du prolapsus lui-même. Il le renversait dans le vagin, en le faisant passer soit par le cul-de-sac postérieur, soit par le cul-de-sac antérieur et le fixait dans cette position nouvelle par des points de suture l'unissant à la fois à la paroi antérieure et à la paroi postérieure du vagin dont la cavité était ainsi complètement supprimée. Mais cette façon de faire n'avait guère que des inconvénients. L'utérus s'enflammait, se recouvrait de granulations et « devenait alors la cause d'une supuration abondante et de douleurs continues ».

De plus, la présence de l'utérus dans le vagin était un obstacle pour le coït. Le but recherché par Freund

n'était, certes pas, réalisé et le remède était pire que le mal.

Le procédé de Freund fut un peu modifié par Fritsch en 1900. Il faisait une incision en T sur les parois postérieure et antérieure du vagin, il enfouissait l'utérus qui se retrouvait ainsi recouvert sur toute sa face inférieure par des lambeaux de la paroi vaginale. Ici inflammation probablement moins facile de l'utérus, mais encore impossibilité de coït.

Cependant, en Amérique, dès 1898, Watkins de Chicago créait une opération nouvelle, qui n'était en somme qu'un perfectionnement de celle de Freund. Il basculait l'utérus en antéversion forcée par le cul-de-sac antérieur, s'en servait comme appareil de soutien, mais, et c'est ici, l'innovation intéressante, au lieu de le laisser à nu dans le vagin, il le plaçait entre la vessie et la paroi antérieure du vagin qui, après avoir été incisée était recousue. Donc, suppression de l'inflammation et de la suppuration grâce, au recouvrement de l'utérus par la paroi vaginale, et l'utérus n'étant plus dans le vagin, possibilité des rapports sexuels.

L'année suivante, 1899, à Vienne, Wertheim pratiquait la même opération, mais au lieu d'inclure le fond utérin basculé dans une loge sous-vésicale complète et fermée par la suture au-dessous de lui des deux lambeaux vaginaux, suffisamment disséqués, il

le laissait à nu dans le vagin. Les inconvénients du procédé de Freund demeuraient entiers.

Son collègue Schauta, autre professeur de Gynécologie de Vienne, corrigea cette imperfection, en créant pour le corps utérin, une loge sous-vésicale fermée. C'est dire qu'il retrouva l'opération de Watkins. C'est donc le nom de Watkins que devrait porter l'interposition vésico-vaginale. C'est bien, en effet, le nom qu'elle porte aux Etats-Unis, mais comme en Europe elle semble n'avoir été connue qu'assez tard, et par les publications austro-allemandes, elle est habituellement désignée sous le nom d'opération de Wertheim-Schauta ou bien même simplement d'opération de Schauta.

Donc en grande partie d'inspiration allemande, cette méthode trouva dans les pays de langue germanique la plus vaste application pratique, et avec résultats très satisfaisants, comme le prouvent les statistiques. Elle est également très courante dans les pays de langue anglo-saxonne, et serait aussi utilisée en Russie.

De nombreux chirurgiens allemands, autrichiens, américains, anglais, de 1896 à nos jours, ont fait des études et publications à son sujet.

En effet, en dehors des noms de Freund, Fritsch, Watkins, Wertheim. Schauta, que nous pouvons appeler les « pères de l'interposition », nous relevons de

1900 à 1920 des travaux de Clauss, Robins, Frank, Geiger, Feyerabeud, Eskridge, Dicken, Hoffmann, concernant l'opération de Schauta.

De 1920 à nos jours Paunz, Douglass, Damm, Kriwsky, Baer, Reiss, Variava, Nelson, Meshberg, Phaneuf, Coventry, Mœ, Frei, Langanki, Rongy, Thamis, Gordon, Sattell, Swinton, Everett, Harris, ont pratiqué et discuté cette intervention.

Dans les pays latins, par contre, l'opération de Schauta fut très peu diffusée. A s'y intéresser, on ne trouve guère avant 1920 que les noms de Pistolèse et de Carnelli, et après 1920, ceux de Dores, Pérez, Fabiao, et surtout De Delle Chiaje de Naples. En 1921. au congrès des gynécologues de langue française, ce chirurgien fit une description de sa technique et donna sa statistique portant sur 20 cas. Il n'enregistra aucune complication opératoire, un seul échec par récurrence et encore dû à ce que la patiente ne voulut pas qu'on lui reconstitue le périnée.

En France, dès 1904, le Docteur Le Nouène du Havre, pratiquait l'opération de Schauta telle qu'il l'avait vue exécuter par le Professeur Werth à Kiel.

En 1905, sous son inspiration, son Interne Tirel soutenait devant la Faculté de Médecine de Paris une thèse sur « Le traitement chirurgical du prolapsus utérin en général et sur le procédé de Wertheim en

particulier ». Notons que cette thèse ne réfère qu'un seul cas.

Plus tard, en 1907, M. Le Nouène faisait lui-même une communication sur l'opération de Watkins-Wertheim-Schauta au Congrès de Gynécologie d'Alger.

Cependant, chez nous, cette intervention a été et est très peu pratiquée.

De 1912 à 1923, Martin de Montpellier, Abadie d'Oran et Pauchet ont contribué à faire connaître en France cette opération. Au 32^e Congrès de Chirurgie français, en octobre 1923, le procédé de Schauta était ardemment défendu par MM. Shickelé de Strasbourg, Zavadsky de Varsovie, Le Nouène du Havre, Goullioud et Cotte de Lyon avec, il est vrai, de petites variantes dans les indications opératoires.

C'est surtout l'école lyonnaise qui, sous l'impulsion du Professeur Pollosson, a défendu l'interposition.

Elle a fait quelques publications en sa faveur. Loison, élève de Pollosson, réunissant les opérations de ce chirurgien et celles de ses assistants Violet et Pellenda, rapporte 30 cas opérés avec le résultat excellent de 80 % de succès complets.

Par ailleurs, la bibliographie française est assez légère sur ce sujet. Dans un article du *Lyon Médical* du 1^{er} janvier 1939, intitulé « Quelques considérations sur la thérapeutique des prolapsus génitaux, d'après

228 opérations », le Docteur Violet cite une statistique personnelle de 28 opérations de Schauta, mais sur laquelle il ne fait aucun développement.

L'interposition vésico-vaginale de l'utérus dans les prolapsus génitaux est donc une opération tombée dans l'oubli en France. De nos jours seuls quelques chirurgiens, formés en général par l'école lyonnaise, tel le Docteur Denis de Mâcon, l'utilisent encore, mais dans des cas bien déterminés : cystocèle chez les vieilles femmes.

Cependant l'opération de Schauta mérite d'être plus répandue car, parfaitement exécutée, elle rend de grands services comme nous essaierons de le démontrer dans ce travail.

INDICATIONS — CONDITIONS

Il va de soi, qu'on ne doit pas fixer dans le vagin un utérus susceptible de devenir gravide, sans cela on risque les plus grandes complications. En tout cas, si par hasard, on le faisait, il ne faudrait pas oublier de ligaturer les trompes.

C'est donc une opération qui s'adresse aux femmes ménopausées, ayant abandonné par la force des choses tout espoir de reproduction, mais n'ayant pas toujours renoncé aux fonctions génitales.

Elle est indiquée chez les femmes fatiguées, qui supporteraient difficilement une laparatomie, plus « shockante » qu'une intervention par voie basse.

A quelle variété de prolapsus doit-elle s'adresser? C'est le point épineux de la question. Les opinions des différents chirurgiens qui l'ont pratiquée et la pratiquent sont assez divergentes.

L'école de Lyon trouve son indication dans les cas de prolapsus légers avec grosse cystocèle, ce qui se conçoit bien, d'après le rôle de pelote sous-vésicale que joue l'utérus.

Shickele, de Strasbourg, trouve le cas précédent un peu bénin pour motiver l'opération de Schauta et il la réserve, à ce, que nous avons appelé les prolapsus du 2^e groupe dans notre introduction, c'est-à-dire descente importante, souvent complète de la paroi antérieure avec cystocèle, de la paroi postérieure importante, mais d'habitude incomplète et de l'utérus dont l'axe se trouve dans celui du vagin et dont le col est hypertrophié. C'est également l'avis de Cotte, de Lyon.

Le Nouène suivant en cela, l'exemple de ses créateurs tel Wertheim, Thaler la pratiqua dans les prolapsus « invétérés totaux » « les grands prolapsus ». N'écrivait-il pas dans une communication au 32^e Congrès de Chirurgie à Paris, en 1923 : « Je n'ai jamais vu faire et je n'ai jamais fait cette opération que chez des femmes à prolapsus très marqué. Dans tous les cas où j'ai fait l'interposition, l'utérus était sorti de la vulve, et plusieurs fois, à cause des ulcérations larges du col, j'ai dû, avant l'opération, maintenir les femmes au lit pendant des semaines. »

Nous croyons la méthode applicable dans les trois cas cités avec prédilection cependant pour les prolapsus du 3^e degré. Depuis 1923, le Docteur Le Nouène l'a d'ailleurs utilisée deux fois dans les prolapsus du 1^{er} degré et fréquemment dans ceux du 2^e degré.

L'essentiel est qu'elle soit appliquée avec intelli-

gence. L'entraînement à la chirurgie vaginale en sera un sûr garant, ainsi que de la perfection de son exécution. C'est peut-être une opération de « spécialiste ». Pour bien réussir, il faut qu'elle soit exécutée avec minutie dans ses moindres détails. C'est ce qui fait qu'elle n'aura, sans doute, jamais la faveur des chirurgiens non spécialisés; mais cela ne saurait en diminuer la valeur.

D'autre part, il ne faut pas un utérus trop volumineux, car il pourrait être une gêne pour l'urèthre antérieur, donc pour le bon fonctionnement uréthrovésical. Il est vrai que l'on peut en réduire le volume par le procédé de Cohn, de Vineberg : excision cunéiforme du fond ou de la paroi antérieure de l'utérus, mais cela n'est pas conseillé, l'opération devenant plus grave. Il ne faut pas non plus un utérus trop petit, car on risque une récédive; bien qu'on puisse remédier à cet inconvénient en ayant recours au procédé d'Abadie : si l'utérus est trop petit pour combler le vide sous-vésical et arriver jusqu'au sous-pubis, on peut le fixer par l'intermédiaire des ligaments ronds aux bords antérieurs des releveurs de l'anus.

Avant de tenter cette opération, comme avant toute intervention chirurgicale, on doit s'entourer de toutes les garanties médicales : examen du cœur, poumons, dosage d'urée, tension artérielle, etc...

Quant au choix de l'anesthésie, il n'offre dans ce cas rien de particulier.

Enfin, détail essentiel, nous croyons absolument nécessaire, comme le fait le Docteur Le Nouène, de mettre systématiquement les malades au lit quinze jours avant d'opérer, car, le plus souvent, ces utérus prolapsés sont légèrement enflammés, infectés, œdématisés et ces quelques jours de repos ne peuvent que leur faire du bien. Quelquefois, ce séjour au lit demande à être plus prolongé et doit être accompagné de soins locaux par suite d'ulcérations.

Avant l'opération, on ne sonde pas la malade, on se contente de la faire uriner.

Après l'intervention, on met une sonde à demeure.

On laisse la patiente de 15 à 20 jours au lit.

Puis on lui donne environ deux mois de convalescence, durant lesquels on ne lui permet que des travaux légers, ne nécessitant pas une station debout trop prolongée.

Si toutes ces indications sont scrupuleusement suivies et les conditions précédentes bien remplies, jointes à une technique parfaite comme nous allons la décrire, l'opération de Schauta devient une intervention idéale tant dans ses suites immédiates qu'éloignées.

TECHNIQUE DE L'OPERATION

Avant de décrire la technique de l'opération, nous tenons à faire remarquer que l'interposition utérine n'est qu'une partie de l'opération dirigée contre le prolapsus utéro-vaginal.

En se contentant de fixer l'utérus entre le vagin et la vessie, on s'exposerait à commettre la même erreur que les chirurgiens qui ont cru faire une opération suffisante en fixant l'utérus à la paroi abdominale.

Il faut toujours pratiquer en plus une périnéorraphie postérieure sérieuse. Ce temps opératoire reste à la base du traitement du prolapsus utéro-vaginal.

Quant à la technique elle-même de l'interposition, elle varie un peu suivant les chirurgiens. Aussi, avons-nous jugé bon de faire un récit détaillé de la technique employée par les différents auteurs, pour arriver à une description typique de l'opération.

Voici l'opération telle que la pratiquait Watkins :

Dans un premier temps, après incision de la muqueuse sur la face antérieure du col abaissé et au point

de jonction de la muqueuse vaginale et de la muqueuse cervicale, il sépare la vessie de la paroi vaginale antérieure, séparation faite par dissection aux ciseaux, dont les deux pointes doivent être continuellement maintenues au contact de la paroi vaginale.

Dans un deuxième temps, il sépare la vessie de la face antérieure de l'utérus. Là, au contraire, les pointes des ciseaux doivent toujours travailler au contact du col utérin. Après amorçage, on termine le décollement des deux organes avec les doigts.

En troisième lieu, après pose d'un écarteur long et étroit qui refoule la vessie en avant et expose la face antérieure de l'utérus, on incise le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin. Par la voie ainsi créée, on va, avec de longues pinces à griffes, guidées par les doigts de la main gauche, saisir le fond de l'utérus qu'on attire et bascule en avant pour l'introduire et le placer enfin dans la brèche de la paroi vaginale antérieure. On suture alors à cette paroi le fond de l'utérus ainsi basculé et, après avoir, si besoin est, réséqué une plus ou moins grande étendue de la muqueuse vaginale exubérante, l'incision de la paroi vaginale antérieure est suturée sagittalement, afin d'allonger cette paroi et de repousser le col en haut et en arrière.

Dans certains cas, dit Watkins, il y a lieu d'apporter à cette technique des modifications ou des adjonctions telles que : excision de la portion isthmique des

trompes, occlusion complète du canal utéro-vaginal après ablation de la partie antérieure de l'utérus et extirpation complète de la muqueuse utéro-vaginale, ceci chez les femmes âgées présentant des lésions très avancées.

Wertheim pratiquait la même opération, et de cette thérapeutique n'avait qu'à se louer, disait-il. Il l'appliquait au prolapsus invétéré total. La technique consiste dans la fixation de l'utérus dans la brèche résultant de la disparition du diaphragme pelvien, le fond de l'utérus se pose derrière la symphyse, le col sur l'ampoule rectale.

Mais des récidives peuvent se produire, soit que le fond vienne à passer sous la symphyse, soit que le col s'abaisse par bascule et apparaisse à la fourchette.

Aussi, pour éviter ces accidents, Wertheim insiste sur la fixation soigneuse de l'utérus interposé. Il fixe le fond aux ligaments transverses du pelvis et à la partie, tout antérieure, pubienne du releveur, partie s'atrophiant peu en général; il fixe les bords de l'utérus aux bords du releveur; enfin, il suture l'un à l'autre sous le col postérieur les bords de la partie prérectale des releveurs. La vaste brèche périnéale ainsi bouchée par l'utérus, celui-ci, solidement maintenu par des fils de soie, ne peut plus basculer, soit fond en avant, puisqu'il repose et tient au diaphragme urogénital, soit col en arrière, puisque celui-ci est soutenu

par la sangle réparée des releveurs. Il ne reste plus que le canal étroit pour l'urèthre entre le fond de l'utérus et la symphyse en avant, que le passage pour le canal anal entre le col utérin et le sacrum en arrière.

Wertheim procède donc à : « à la suture de l'utérus dans l'hiatus ». Il pense que les récidives, même dans les plus mauvais cas, ne sont plus à craindre.

Son collègue Schauta, crée pour le corps utérin une loge sous-vésicale fermée et évite ainsi de laisser l'utérus à nu dans le vagin : Il fixe l'utérus renversé entre le vagin et la vessie, par la technique suivante : la paroi vaginale antérieure est incisée sur la ligne médiane, du méat jusqu'au col, les deux lambeaux ainsi constitués sont séparés de la vessie.

Puis le vagin est désinséré circulairement, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale, la vessie est décollée, le cul-de-sac péritonéal antérieur est ouvert et une valve vient protéger la vessie.

Le col utérin est amputé plus ou moins haut suivant sa longueur et sa lèvre postérieure est fixée à la tranche vaginale postérieure. Ce temps n'est d'ailleurs pas indispensable, et le col peut être conservé s'il n'est pas trop hypertrophié.

L'utérus est alors descendu par bascule antérieure, le fond passant le premier pendant que le doigt refoule le col vers le haut.

Les annexes qui viennent avec l'utérus peuvent être soit enlevées, soit laissées dans le ventre, après séparation d'avec l'utérus au niveau de la racine des trompes, afin de rendre toute fécondation impossible, s'il s'agit d'une femme encore jeune.

Le péritoine est alors fixé à la face postérieure de l'utérus qui vient au contact de la vessie, la partie antérieure du col excisé est suturée à la tranche vaginale correspondante. Quand le col n'a pas été enlevé, il n'y a pas lieu de faire cette dernière suture.

Puis les deux lambeaux vaginaux sont réunis l'un à l'autre en enfermant entre leurs faces profondes et la vessie le corps utérin avec la face antérieure duquel ils se trouvent en contact.

Delle Chiaje, de Naples, modifia lui aussi l'opération de Schauta par plusieurs détails.

L'interposition vésico-vaginale de l'utérus a donc subi de multiples et substantielles transformations selon les chirurgiens.

La principale est celle de Wertheim lui-même qui pratiquait systématiquement l'amputation du col. Certains opérateurs ne le font pas ou ne le font qu'exceptionnellement, quand le col est très hypertrophié.

Quant au fait de coudre l'utérus interposé aux marges de l'hiatus, c'est-à-dire à l'élévateur de l'anus, cela

est considéré par beaucoup comme inutile et d'ailleurs souvent difficilement réalisable.

Lorsque le corps utérin est trop gros, les chirurgiens austro-allemands et américains ne craignent pas d'en réséquer soit un coin qui enlève presque tout le fond et la cavité utérine jusqu'à l'isthme, soit un quartier de fond et de la paroi antérieure. S'il existe de la métrite, ils curettent par le fond incisé ou enlèvent au bistouri la muqueuse du corps.

Abadie, d'Oran, a imaginé un procédé intéressant lorsque l'utérus est trop petit pour combler le vide sous-vésical et arriver jusqu'au pubis et aux attaches pubiennes des releveurs. Il fixe l'utérus par l'intermédiaire des ligaments ronds aux bords antérieurs des releveurs de l'anus.

L'hystéropexie sous-pubienne directe devient ainsi une hystéropexie indirecte, une ligamentopexie sous-pubienne.

Voici l'opération, telle que je l'ai vue pratiquer par le Docteur Le Nouène :

1° Il commence l'opération par l'amputation supravaginale du col.

2° Dans un deuxième temps, il fend suivant une ligne verticale, la paroi antérieure du vagin et libère le plus loin possible les deux lèvres de cette incision de façon à bien mobiliser la vessie et à disposer de deux

larges lambeaux dont une partie sera réséquée et dont le reste servira à recouvrir l'utérus basculé.

3° Alors, comme dans l'hystérectomie vaginale, il sépare la vessie de la paroi antérieure de l'utérus. Il ouvre le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin et par cette brèche fait sortir le col utérin en employant une pince tire-balles au lieu de la pince de Museux dont les griffes multiples pourraient déchirer l'utérus toujours friable.

Ici différence essentielle avec la technique de Wertheim-Schauta : Il ne referme pas le péritoine en arrière de l'utérus et ne suture pas le fond de l'utérus au ligament sous-pubien.

4° Il se contente de fixer par quelques points de catgut la paroi postérieure de l'utérus à la paroi inférieure de la vessie et également par quelques catguts la paroi antérieure de l'utérus aux lambeaux qui restent de la paroi vaginale réséquée.

Alors seulement, il suture la tranche de section du col au pourtour vaginal.

5° Il termine par une périnéorrhaphie postérieure avec prise en masse de la totalité des tissus (peau, releveurs et paroi antérieure du rectum) aux crins de Florence.

Il semble donc que, malgré certaines différences de détails et après les retouches qui ont été faites, que la

technique typique de cette intervention comprennent les principaux temps suivants, à savoir :

1° Incision de la cloison vésico-vaginale suivant un tracé commençant à 1 cm. environ derrière le méat urinaire et allant jusqu'à l'orifice externe du col.

2° Dissection large de la vessie, de façon à bien la séparer des deux lambeaux de la paroi vaginale antérieure.

3° Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin.

4° Prise du corps utérin que l'on attire au travers du cul-de-sac antérieur.

5° Exploration des annexes : Résection si elles sont malades et ligature des trompes si l'opérée n'a pas dépassé la ménopause.

6° Fermeture du péritoine qui est suturé à la partie postérieure de l'utérus : ce temps opératoire a pour résultat de bien isoler l'utérus de la cavité abdominale. Le Docteur Le Nouène ne le fait pas, et n'a pas eu pour cela d'accidents au cours des suites opératoires.

7° Fixation de l'utérus entre la vessie et la paroi antérieure : le corps utérin est fixé d'une part par sa paroi postérieure à la paroi inférieure de la vessie par quatre ou cinq points de catgut ou par un surjet au catgut. D'autre part, par sa paroi antérieure, il est fixé aux lambeaux qui restent de la paroi vaginale antérieure réséquée.

8° Il est assez important de faire l'amputation du col utérin, ceci avant la bascule de l'utérus, entre le premier et le deuxième temps : car d'après le Docteur Le Nouène, la présence dans le vagin de ce gros museau de tanche prédispose à la récurrence. Le col utérin est amputé plus ou moins haut selon sa longueur et on suture la tranche de section du col au pourtour vaginal.

9° Périnéorrhaphie postérieure avec prise en masse des tissus.

QUELQUES OBSERVATIONS ET RESULTATS

En 1923, lors du 32^e Congrès de Chirurgie tenu à Paris, sous la présidence de Daniel Témoïn, le Docteur Le Nouène, dans la discussion des rapports de MM. Bégouin et Savariaud sur le traitement des prolapsus génitaux, relatait 29 interpositions opérées par lui au Havre depuis 1904.

Voici ce qu'il disait de l'opération de Watkins-Wertheim-Schauta : « Je l'ai pratiquée 29 fois sans avoir constaté le moindre incident. Dans ces 29 cas, j'ai toujours pratiqué les temps suivants : amputation supra-vaginale du col, colpectomie antérieure, interposition de l'utérus, colpopérinéorrhaphie. En examinant les femmes de 6 à 8 semaines après l'intervention, on trouvait à bout de doigt un orifice punctiforme et un observateur non prévenu aurait cru à une cicatrice d'hystérectomie vaginale. J'ai revu après plusieurs mois et plusieurs années une douzaine de ces opérées : le résultat s'était maintenu excellent. Comme je n'ai

pas entendu parler des autres, je pense qu'elles n'ont pas eu de récédive. »

De 1923 à 1941, dans les cahiers de compte rendus opératoires du Docteur Le Nouène, tant en pratique hospitalière qu'en clientèle privée, on ne relève que quatorze fois l'opération de Schauta. On n'y cite pas de complications immédiates. On n'y parle pas non plus des résultats éloignés, mais d'après les souvenirs du Docteur Le Nouène, il n'y aurait pas eu à sa connaissance de récédives.

C'est surtout pendant les années 41, 42, 43 que le Docteur Le Nouène fit un grand nombre d'interpositions. En voici la raison :

Par suite des événements, Le Havre étant sous la menace des bombardements, l'administration des Hôpitaux créa à 30 km. en arrière, dans le chef-lieu de canton de Lillebonne, une annexe chirurgicale des Hôpitaux du Havre, où on opérait tous les cas ne nécessitant pas une intervention d'urgence.

Le Docteur Le Nouène fut nommé Chirurgien résident à l'Hôpital de Lillebonne.

Cet hôpital recevait donc des malades du Havre et aussi des malades de la région de Lillebonne, centre rural par excellence. Or, nous avons dit que cette infirmité qu'est le prolapsus est en grande partie l'apanage de nos campagnes.

Quelques femmes étant venues se faire opérer et étant très contentes du résultat, cela incita de nombreuses autres à venir trouver ce chirurgien pour subir la même intervention.

C'est ainsi que de 1941 à 1943, le Docteur Le Nouène traita 24 prolapsus par l'interposition chez des femmes ménopausées.

Jusqu'ici, il n'a eu que deux récurrences, encore l'une d'elles fut-elle réopérée par la méthode de Schauta. Cependant, lors de cette dernière intervention, on ne se contenta pas de fixer le corps utérin par sa paroi postérieure à la paroi inférieure de la vessie par quelques points de catgut, mais on sutura les deux cornes utérines au surtout fibreux des branches ischio-pubiennes. Cette seconde intervention eut lieu le 11 mars 1943. L'opérée, âgée de 47 ans, étant employée à la cuisine de l'hôpital est revue très souvent. Il n'y a aucune tendance à la récurrence et elle se trouve très satisfaite.

Nous nous devons de faire état d'un accident fâcheux, accident que nous signalons à l'attention des accoucheurs car il pose un problème moral. Nous ne l'avons trouvé envisagé dans aucun traité d'obstétrique. Voici ce dont il s'agit : En décembre 1942, le Docteur Le Nouène opérait une femme de 43 ans, M^{me} Emilienne L..., ménopausée, disait-elle, depuis environ un an; elle était porteuse d'un gros prolap-

sus utérin descendant à la vulve avec cystocèle et rectocèle. Il pratiqua chez elle l'interposition, sans se soucier de la ligature des trompes, puisqu'elle ne voyait plus ses règles depuis un an. Mais 7 mois plus tard, en juillet 1943, elle revint le trouver pour rétention d'urine, douleurs pelviennes insupportables empêchant tout travail et le sommeil.

Il l'examina : elle était vraisemblablement enceinte de 3 mois environ. Une réaction biologique de la grossesse pratiquée le confirma.

Le Docteur Le Nouène la mit en observation pendant quelques jours et devant cette rétention d'urine rebelle, les douleurs, l'état psychique de la malade, après avoir consulté deux autres confrères et rédaction d'un procès-verbal en présence du médecin légiste, il se décida à faire un avortement provoqué. Tout se passa pour le mieux.

Depuis, nous avons revu cette femme, elle va bien et ne signale pas une nouvelle grossesse.

L'enseignement que nous pouvons tirer de cette observation est qu'il ne faut pratiquer l'opération de Watkins-Wertheim-Schauta que chez des femmes ménopausées et, de préférence, depuis quelques années. Si doute, ou si ménopausées depuis peu, ne pas hésiter à ligaturer les trompes.

Dans ces 24 interventions, on n'en relève que 2, pour des cystocèles, chez des femmes âgées respecti-



Figure 1



Figure 2

vement de 61 ans et 66 ans. Toutes les autres interpositions eurent lieu pour des prolapsus des 2° et 3° degrés, avec cystocèle, rectocèle et descente de l'utérus, donc pour des prolapsus graves.

Nous illustrons ce travail de photographies représentant deux de ces volumineux prolapsus, véritables « battants de cloches » pendant entre les cuisses (fig. 1 et 2).

Ces femmes, assez jeunes, l'une, 48 ans : M^{me} Berthe R...,; l'autre, 55 ans : M^{me} Ernestine D..., traînaient cette infirmité à ce degré depuis plusieurs mois.

Elles durent garder le lit plusieurs semaines avant l'opération, car elles présentaient toutes deux des ulcérations sur la matrice.

M^{me} Ernestine D... fut opérée en deux temps, si l'on peut dire. Dans une première intervention, son col ulcéré ne guérissant pas, on en fit l'amputation et six semaines après on pratiquait l'interposition.

Opérées toutes deux en mars et avril 1943, leur guérison jusqu'ici est complète.

Une autre femme, assez âgée. M^{me} Cécile P..., 60 ans, que nous n'avons malheureusement pu photographier, présentait un énorme prolapsus la rendant véritablement infirme. Le Docteur Bardou, son médecin traitant nous racontait qu'avant qu'il ne la décide à se

faire opérer, le fait de s'asseoir sur une chaise pour cette femme était devenu presque une impossibilité. Elle avait résolu le problème en défonçant sa chaise, de telle sorte que ses fesses prenant appui sur le cadre, l'utérus prolapsé pendait dans le trou de la chaise et ainsi elle était moins gênée. Depuis son opération, elle éprouve un grand bien-être et regrette d'être venue si tardivement voir le chirurgien.

J'ai aidé le Docteur Le Nouène dans quelques-unes de ces interventions, notamment dans celles pratiquées depuis janvier 1943.

Au cours de l'intervention, nous n'avons jamais rencontré de difficultés bien sérieuses.

En résumé, sur 67 prolapsus utérins, la plupart graves, opérés par le Docteur Le Nouène de 1904 à 1943, dont 24 pour ces deux dernières années, on n'a eu comme inconvénients que deux récidives et un incident qui aurait pu amener des complications, mais qui s'est très bien arrangé.

C'est donc une opération qui présente de réels avantages, nous allons les étudier dans le chapitre suivant.

AVANTAGES DE L'INTERPOSITION

Pratiquée dans les justes limites de ses indications, avec une technique au point, l'interposition utérine, doublée d'une périnéorraphie postérieure sérieuse est une excellente intervention.

Répétons encore une fois que, comme toute intervention, ce n'est pas une opération « omnibus » et que les règles fondamentales de sa technique une fois admises, on peut apporter des variantes dans les détails selon les nécessités. Bref, il faut quelquefois de la part du chirurgien un peu d'ingéniosité.

Cette opération a surtout été critiquée par les gens ne l'ayant pas ou l'ayant peu pratiquée. Par contre, tous les chirurgiens qui en ont une grande habitude en disent du bien. Il est évident que pour apprécier la valeur d'une opération, rien ne vaut l'expérience et toutes les considérations théoriques n'ont qu'une valeur médiocre en présence des résultats acquis.

En étudiant les statistiques publiées par les différents chirurgiens fervents de l'interposition, nous

constatons que cette opération a une mortalité de 1 % avec 95 % de succès thérapeutiques et même plus.

Thomas Watkins, sur 225 interpositions, n'a qu'une mort par pneumonie, aucune récurrence de cystocèle et seulement 5 à 10 % de récurrences de prolapsus utérins.

Stockel, de Marbourg, sur 40 cas, déclare une mort par embolie au bout du 10^e jour et 36 bons résultats.

P. Broëse, sur 44 cas, perd une malade par embolie le 11^e jour et signale 4 récurrences dont 2 légères.

O. Von Franke, de Giessen, sur 64 cas, ne signale qu'une récurrence et 2 légères voussures à l'effort.

J. Pfeffer, de Munich, sur 95 cas, a une mortalité de 2 %. Il a revu 78 de ses opérées de 4 mois à 5 ans après, 72 d'entre elles étaient complètement guéries.

Delle Chiaje présente une statistique de 20 cas : une seule récurrence.

Loison, dans sa thèse relatant les travaux du Professeur Polosson et de ses assistants, portant sur 30 opérées, signale comme mauvais résultats 3 cystocèles et une incontinence.

Abadie, sur 30 cas n'a qu'une récurrence.

Enfin le Docteur Le Nouène, dont nous venons de citer quelques observations, a, depuis 1904, pratiqué 67 fois l'opération de Schauta. Il n'a jamais eu de mort et seulement 2 récurrences à sa connaissance,

encore à l'une d'elles appliqua-t-on à nouveau le procédé de Schauta et tout marcha pour le mieux. Nous devons dire également que l'une de ces opérées devint enceinte et l'on dut la faire avorter.

Devant d'aussi brillants résultats, nous sommes obligés de reconnaître que c'est une opération facile, bénigne et efficace.

Elle est facile, quoiqu'en pensent certains chirurgiens, à qui elle fait l'effet « d'un marteau-pilon pour écraser une mouche », à condition d'en bien posséder la technique.

Sa description est un peu compliquée, mais sa réalisation aisée. Si l'on admet la simplicité de la périnéorraphie postérieure, de l'amputation du col et de la colpectomie antérieure, nous ne voyons pas qu'il y ait une complication notoire à faire descendre l'utérus dans le vagin pour le fixer par quelques points de catgut en arrière à la vessie et en avant à la paroi vaginale.

Elle est bénigne. En effet, n'oublions pas que c'est une opération par voie basse, toujours moins grave qu'une opération par voie haute.

Les complications que l'on a pu observer et qui ont amené la mort, telle l'embolie, la congestion pulmonaire, ne sont-elles pas plutôt imputables à l'âge et à l'état général des opérées qu'au fait de basculer l'utérus à travers le cul-de-sac antérieur?

Dans certaines publications étrangères, on trouve mentionnées des suppurations, des gangrènes, des infections, des hémorragies secondaires, des cystites rebelles. Watkins nous parle de blessures de la vessie, de la formation d'un hématome post-opératoire dans la zone de décollement.

Mais ce sont là des complications des années d'enfance de l'interposition qui ne s'observent plus guère maintenant que la technique est bien réglée.

Elle est efficace. On ne peut le nier. Toutes les opérées du Docteur Le Nouène étaient de la région du Havre et durant ces dernières années du canton de Lillebonne; la grande majorité fut donc revue, soit par ce chirurgien lui-même, soit par les médecins de Lillebonne, les Docteurs Trançon et Bardon. Deux seulement sur 30 présentèrent une récidue.

Une des seules difficultés de l'interposition, à notre avis, est de tomber sur un petit utérus au cours de l'intervention. Il est vrai que, grâce à la technique d'Abadie, on peut remédier à cet inconvénient.

Nous ne prétendons évidemment pas que l'opération de Watkins-Wertheim-Schauta doit être appliquée dans tous les prolapsus. Elle a ses indications bien délimitées comme nous l'avons déjà exposé.

D'une façon générale, tous les chirurgiens sont d'accord pour reconnaître que la triple opération est l'opération-type pour les femmes relativement jeunes, non

encore ménopausées, surtout parce qu'elle garde intacte la possibilité de fécondation et de reproduction. Ces femmes, non encore marquées par l'âge, presque toujours en excellente santé, supportent facilement une laparotomie.

Quant au cloisonnement du vagin, on a pris l'habitude de le réserver aux très vieilles femmes.

Les prolapsus de ces vieilles femmes peuvent d'ailleurs tout aussi bien être traités par l'interposition, qui n'est ni plus difficile, ni plus grave.

Mais il reste une catégorie de femmes qui ne sont ni très jeunes, ni très vieilles, nous voulons parler des femmes ménopausées depuis deux, trois ans ou un peu plus, quelquefois obèses, souvent fatiguées, bref, qui présentent une certaine déchéance physique.

Pour ces femmes, nous croyons que l'opération-type est le Watkins-Wertheim-Schauta; en voici les raisons :

Il est un fait qu'une femme porteuse d'un prolapsus peut vivre jusqu'à l'extrême vieillesse. Nous avons ainsi connu une vieille normande de 84 ans et qui avait un prolapsus depuis 35 ans.

L'opération, que l'on doit proposer, ne doit donc comporter aucune gravité. Le fait « d'ouvrir le ventre », aussi bénin que cela puisse paraître de nos jours, est d'un risque plus grand pour la vie de la

malade, que si on intervient par voie basse, surtout chez des femmes déjà usées par l'âge, le travail, les maladies antérieures, etc...

D'autre part, dans le Watkins-Wertheim-Schauta, la possibilité du coït est conservée. La question de la possibilité de la reproduction ne se pose pas puisqu'elle s'adresse aux femmes ménopausées.

Cette faculté de la copulation a son importance, car ces femmes souvent déchuës physiquement n'ont pas renoncé, malgré toutes les apparences contraires, aux plaisirs de la chair.

C'est peut-être une simple question d'amour-propre, peut-être la vieillesse apprécie-t-elle d'autant plus les dernières joies permises qu'elles sont plus rares et limitées, à moins que ce ne soit simplement pour une raison d'ordre social : quand on a été une fidèle épouse ayant partagé les joies de la couche pendant de nombreuses années, ne vaut-il pas mieux continuer ?

Peu importe la raison qui motive cette non abdication, le fait est là.

Le simple bon sens nous fait d'ailleurs comprendre que c'est un procédé un peu barbare que de cloisonner un vagin, quand une femme est encore susceptible d'avoir des rapports.

Chez ces femmes, quel que soit le degré du prolap-

sus, l'interposition est applicable. Cependant, avec le Docteur Le Nouène, nous croyons qu'il faut la réserver aux prolapsus sérieux, graves même. Les formes plus légères guérissant très bien par la périnéorraphie antérieure et postérieure.

L'interposition vésico-vaginale de l'utérus, moins compliquée à faire qu'à décrire, présente donc des avantages certains lorsqu'elle est pratiquée chez des femmes ménopausées, fatiguées.

Elle est supérieure comme bénignité à la triple opération qui nécessite une laparotomie, elle est supérieure au cloisonnement qui, même à gravité égale, présenterait l'inconvénient d'une mutilation rendant impossible la fonction génitale.

CONCLUSIONS

I. — Dans tous les prolapsus génitaux, la périnéorrhaphie est un temps indispensable.

Elle suffit dans les cas bénins.

Elle accompagne la colporrhaphie antérieure et l'hystéropexie abdominale chez les femmes jeunes.

Elle trouve aussi sa place dans les cas nécessitant l'interposition utérine et le cloisonnement du vagin.

II. — L'interposition utérine complétée par l'amputation du col et la périnéorrhaphie postérieure est une opération très logique, car elle obvie à tous les éléments du prolapsus. La périnéorrhaphie postérieure refait le plancher pelvien et fait disparaître la rectocèle; l'amputation du col supprime ce volumineux museau de tanche dont la pression continuelle était préjudiciable; enfin l'interposition utérine, en même temps qu'elle supprime la cystocèle en faisant supporter la vessie par le corps utérin, rétrécit le canal vaginal, change la position de l'utérus en supprimant la rétroversion qui d'après tous les auteurs est un facteur important de prolapsus.

III. — L'interposition utérine est une opération qui, depuis ses créateurs, Watkins-Wertheim-Schauta, a largement fait ses preuves, du moins à l'étranger, comme nous l'avons montré dans l'historique.

IV. — L'interposition utérine par suite de la suppression de grossesse normale qu'elle provoque, doit être uniquement réservée aux femmes ménopausées ayant abdiqué toute fonction de reproduction mais non de copulation.

Selon nous, elle ne doit être appliquée que dans les cas de prolapsus moyens et graves. La périnéorraphie suffisant dans les cas bénins.

V. — L'interposition utérine doit être pratiquée d'après une technique bien au point et après des soins pré et post opératoires sérieux.

Cette technique, un peu compliquée à décrire, est d'une réalisation facile à la pratique.

VI. — Si toutes ces conditions et indications sont bien respectées, elle devient, entre des mains expérimentées, une opération aisée, bénigne et efficace, présentant de réels avantages, donc très recommandable et donnant d'excellents résultats, comme le prouvent les statistiques des différents chirurgiens l'ayant pratiquée sur une grande échelle et notamment celle du Docteur Le Nouène que nous donnons dans ce travail.

VII. — Nous irons même plus loin en disant que si chez les porteuses de prolapsus la triple opération est l'opération des femmes jeunes, le cloisonnement du vagin l'opération des très vieilles femmes, l'interposition utérine doit être l'opération-type réservée aux femmes « entre les deux âges », car elle est moins « choquante » qu'une laparotomie et elle permet la possibilité des rapports génitaux.

Nous croyons même que chez les très vieilles femmes elle est préférable au cloisonnement du vagin. Schématiquement nous dirons donc :

Femmes non ménopausées : triple opération.

Après la ménopause : interposition utérine.

Aussi mérite-t-elle une plus grande diffusion dans le champ de la pratique, notamment en France où elle tombée dans l'oubli, semble-t-il.

Vu,

Le Doyen :

BAUDOUIN

Vu,

Le Président de Thèse :

PETIT-DUTAILLIS

Vu et Permis d'Imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris :

G. GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE (d'Oran). — Chirurgie illustrée de Pauchet.
- BAER (J.-L.) et REIS (R.-A.). — Immediate and remote results in 212 cases of prolapse of uterus. (*Am. J. Obst. e Gynec.* 17, 233-239, février 1929.)
- BEGOUIN (Bordeaux). — Etude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux. (Association Française de chirurgie, XXXII^e Congrès de Chirurgie. Rapport, Paris, 1923.)
- CARNELLI (R.). — Sulla aura del prolasso dell'utero coll'operazione di Schauta-Wertheim. (*Ginecologia Eirenze*, 1913, X, 737-752.)
- CATTELL (R.-B.) et SWINTON (N.-W.). — Interposition of uterus in treatment of cystocèle; Watkins-Wertheim operation. (*S. Clin. North america*, 15, 1645-1652, déc. 1935.)
- CLAUSS (E.). — Ueber Dauerfolge der schauta-Wertheim-schen-Prolaps-operation. (*Zentralbl. f. gynäk Leipz.*, 1914, XXXVIII, 1409-1413.)
- CORVÈSE (A.). — Carcinoma of fundus of uterus following Watkins interposition operation. (*Am. J. Obst. e Gynec.*, 17, 239-143, fév. 1929.)
- COVENTRY (W.-A.) et MOE (R.-J.). — Prolapse of uterus (operation de Wertheim-Watkins). (*Am. J. Obst. e Gynec.*, 25, 257-261, fév. 1933.)
- DAMM (P.). — Operative treatment of prolapse with special reference to interposition method. (*Acta Obst. e Gynec. scandinav.*, 7, 179-206, 1928.)

- DELLE CHIAJE. (S.) — Congrès des gynécologues de langue française, 29-30 septembre et 1^{er} octobre 1921. — In : *Gynécologie et obstétrique*, 1921, pp. 495-499.
- DENIKER (Michel). — *Presse médicale*, 13 octobre 1923, Masson et Cie, éditeurs, pp. 864 et suivantes.
- DICKEN (W.-E.). — A modification of Watkins operation for procidentia. (*Southwest J. M. e S. el Reno*, 1918, XXVI, 121-125.)
- DORES (J.). — Sobre a cura do prolapso uterino pela interposição vesico vaginal do utero Processo de Schauta Wertheim. (8^o Sao Paulo, 1928.)
- DOUGLASS (F.-M.). — End results of vaginal hysterectomy and Watkins-Wertheim interposition operation in procidentia. (*Ohio state M. J.*, 23, 983-985, déc. 1927.)
- ESKRIDGE. — Report of 29 cases operated by the Watkins-Wertheim method for the relief of cystocele and uterine prolapse. (*South texas M. Rec. Houston*, 1917, 18, XI, n^o 6, 12-14.)
- EVERETT. — Résultats définitifs de l'opération d'interposition de Watkins. (*Surg. Gyneco-Obst.*, sept. 1935.)
- FABIAO (M.-M.). — Technica cirurgica para a cura recidiva do prolapso uterino apos a interposçao de Schauta-Wertheim. (*Rev. de Gynec. et d'Obst.*, 24, 79-82, fév. 1930.)
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY (A.). — *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*, Gaston Douin, éditeur, Paris.
- FEYERABEUD (H.). — Resultate der Interpositio uteri (Schauta) beim Prolaps. (Breslau, 8^o Berlin, 1916.)
- FORGUE. — *Précis de pathologie externe*, tome II, 10^e édition, Gaston Douin, éditeur, Paris.
- FRANK (L.). — The interposition operation of Watkins-Wertheim in the treatment of cystocele and prolaps uteri. (*Am. J. Obst.*, N.-Y., 1916, LIV, 780-784.)

- FREI (J.). — Erfahrungen mit der Interpositio uteri vesico-vaginalis nach Schauta-Wertheim. (*Monatschr. F. Geburtsh u. Gynäk*, 96, 135-147, janv. 1934.)
- FREUND (W.-A.). — Naturforscherversammlung, Frankfurt a. M. (*Centralblatt f. gyn.*, 1896, n° 40.)
- FRITSCH. — Prolaps operationem. (*Centralblatt f. Gyn.*, 1900.)
- GEIGER (G.). — Ueber die Dauerresultate nach der Wertheim-Schauta'schen Prolaps Operation auf Grund der Fälle der Münchener Frauenklinik von 1907 bis 1916. (8° Münchener, 1916.)
- HARRIS (F.-I.). — Interposition operation with sterilization (operation Walkins-Wertheim). (*Surg. Gynec. e Obst.*, 66, 88-94, janv. 1938.)
- HOFFMANN (W.-O.-F.). — Ueber die Dauer resultate nach Schauta-Wertheimschen prolapsoperation in der Leipziger Umiersitäts-Frauenklinik aug Gund von 204, Fällen. (8° Borna Leipzig, 1918.)
- KRIWSKY (L.). — Ueber die interpositio uteri vesico-vaginalis nach Wertheim-Schauta nach dem Material des Obuchov-Kranken-hauses zu Leningrad. (*Monatschr f. Geburtsh u Gynäk*, 78, 406-412, april 1928.)
- LANGANKI (H.). — Über die Leistung der Interpositio uteri vesico-vaginalis mit vaginaler Plastik. (*Ztschr. f. geburth u Gynäk*, 107, 34-54, 1934.)
- LE NOUËNE (du Havre). — Congrès de chirurgie de Paris, 1923. Etudes critiques des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux. Discussion.
- MESHBERG (P.). — Analysis of 128 interposition operations. (*Am. J. Obst. e Gynec.*, 21, 398-404, march 1931).
- NELSON (L.-S.). — Wertheim interposition. (*J. Kausas M. Soc.*, 31, 138-142, april 1930.)
- PAUNZ (A.). — Wie sollen wir die nach der Schauta-Wer-

- theim'schen interposito vesico vaginalis uteri entstandenen Rezidive operieren? (*Zentralbl. f. Gynäk Leipzig*, 1923, XLVII, 764-769.)
- PEREZ (M.-L.). — Prolapso genital; operation de Schauta-Wertheim; embarazo ulterior. (*Bol. soc. de obst. y gynec.*, 7, 111-119, june 27, 28; also *Seman Med.*, 2, 229-231, 26 july 1928.)
- PHANEUF (L.-E.). — Interposition operation in treatment of uterine prolapse and cystocele analysis of end results of 178 consecutive cases. (*Rhode Island M. J.*, 18, 137, aug. 1932.)
- Interposition operation in treatment of uterine prolapse and cystocele (Watkins Schauta-Wertheim operation) technique and results of 189 consecutive personal case. (*J. Internat. de chir.*, 1, 513-529, sept.-oct. 1936.)
- PISTOLESE (E.). — L'operazione di Schauta-Wertheim nella cura del prollasso genitale. (*Atti d. soc. ital. di ostet. e ginec.*, 1912, Roma, 1913, 105-108.)
- ROBINS (C.-R.). — The Watkins'operation for cure of uterine prolapse in older women. (*Virginia M. Semi Mouth Richmond*, 1914-15, XIX, 428.)
- RONGY (A.-J.), TAMIS (A.) et GORDON (H.). — Interposition operation for procidentia uteri with report of 501 cases. (*Am. J. Obst. e Gynec.*, 27, 428-439, march 1934.)
- SAVARIAUD. — Etude des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux. (Association Française de Chirurgie. XXXII^e Congrès. Rapport. Paris, 1923.)
- SCHAUTA (F.). — Ueber prolapsoperationen. (*Wien. Med. Bl.*, 1886, IX, 667-671.)
- Die operation schwerer Formen von Gebärmutter Scheidenvorfall. (*Beitr. z. Geburtsh y Gynäk, Rudolf-Chrobak*, 60, Geburtst, etc., Wien, 1903, 11, 68-81.)
- Ueber die extraperitoneale interposition des Uterus

bei prolaps. (*Gynaek Rundschau Berl. u. Wien*, 1907, I, 145-149.)

- Ueber Prolapsoperationen. (*Gynaek Rundschau Berl. u. Wien*, 1909, III, 729-734; *Praz. Med. Wchnschr*, 1909-10, XXXIV, 555-557; *Verhandl. d. Gesellesch. deutsch. Naturf. u. Aerzte*, 1909, Leip., 1910, LXXI., pt 2, 2 Hlfte, 166-173.)

TIREL. — Considérations sur le traitement chirurgical des prolapsus utérins en général et sur le procédé de Wertheim en particulier. (*Thèse*, Paris, 1905.)

VIOLET. — Travaux de la clinique gynécologique du Professeur Polosson. (*Lyon Médical*, 29-10-1911.)

- Article du *Lyon médical* du 1^{er} janvier 1939 : Quelques considérations sur la thérapeutique des prolapsus génitaux, d'après 228 opérations.

VARIAVA (D.-H.). — Wertheim Schauta's interposition operation for complete prolapse of uterus. (*Indian M. Gaz.*, 64, 689-691, déc. 1929.)

WATKINS. — *The American journal of obstetrics and diseases of women and children*, tome LXV, n° 2, février 1912, pp. 225 à 242, avec 12 figures.

WATKINS (T.-J.). — Transposition operation for extensive cystocele and uterine prolapse. (*Weekly Bull. St-Louis M. Soc.*, 1913, VII, 205-219.)

- The operative treatment of case of extensive cystocele and uterine prolapse. (*Tr. Am. Gynec. Soc. Phila*, 1909, XXXIV, 123-143, 3 pl.)

WERTHEIM (E.). — Ueber Verlauf von Geburt und Schwangerschaft bei vagino-fixartem Uterus. (*Centralbl. f. Gynäk. Leipz.*, 1896, XX, 25-34.)

- Zur Plastischen Verwendung des uterus bei Prolapsus. (*Centralbl. f. Gynäk. Leipz.*, 1899, XXIII, 369-372.)
- Zur Technik des Interpositio uteri beim Prolaps. (*Arch. J. Gynaek. Berl.*, 1914, CII, 201-206, 2 pl.)

- Die operative Behandlung des Prolapses mittelst Interposition und suspension des Uterus. (Roy 8°, Berlin, 1919.)
 - Die suspension der Portio vaginalis am dem Sakro-uterin-Ligamenten. (*Arch. f. Gynaek.*, Berlin, 1914, CIII, 217-221.).
-

